

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS 38.718-5	3 - Nº Guia de Solicitação	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha _____	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-------------------------------------	----------------------------	---	--------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira ____	9 - Plano Único - Apartamento
10 - Validade da Carteira ____/____/____	
11 - Nome _____	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Executante	
13 - Código na Operadora / CNPJ ____	14 - Nome do Contratado _____
15 - Código CNES _____	
16 - T.L. ____	17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento _____
20 - Município _____	21 - UF ____
22 - Cód. IBGE ____	23 - CEP ____

Dados da Internação	
24 - Caráter da Internação ☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência	25 - Tipo Acomodação Autorizada ____
26 - Data/Hora da Internação ____/____/____:____	27 - Data/Hora da Saída Internação ____/____/____:____
28 - Tipo Internação ☐ 1-Clinica ☐ 2-Cirurgica ☐ 3-Obstétrica ☐ 4-Pediátrica ☐ 5-Psiquiátrica	
29 - Regime de Internação ☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar	

30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X") ☐ -Em gestação ☐ -Aborto ☐ -Transtorno materno relacionado a gravidez ☐ -Complic. Puerpério ☐ -Atend. ao RN na sala de parto ☐ -Complicação Neonatal ☐ -Bx. Peso <2,5 Kg. ☐ -Parto Cesáreo ☐ -Parto Normal	
31 - Se óbito em mulher ☐ 1 - Grávida ☐ 2 - até 42 dias após término gestação ☐ 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação	32 - Se óbito neonatal ☐ - Qtde. óbito neonatal precoce ☐ - Qtde. óbito neonatal tardio
33 - Nº Decl. Nasc. Vivos ____	34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo ____
35 - Qtde. Nasc. Mortos ____	36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro ____

Dados da Saída da Internação	
37 - CID 10 Principal ____	38 - CID 10 (2) ____
39 - CID 10 (3) ____	40 - CID 10 (4) ____
41 - Indicador de Acidente ☐ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros	
42 - Motivo Saída ____	43 - CID 10 Óbito ____
44 - Nº Declaração do Óbito ____	

Procedimentos e Exames Realizados											
45-Data	46-Hora Inicial	47-Hora Final	48-Tabela	49-Código do Procedimento	50-Descrição	51-Qtde.	52-Via	53-Tec.	54-% Red. / Acresc.	55-Valor Unitário - R\$	56-Valor Total - R\$
1-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
2-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
3-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
4-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____
5-____/____/____	____:____	____:____	____	____	_____	____	____	____	____	____	____

Identificação da Equipe							
57-Seq.Ref	58-Gr.Part.	59-Código na Operadora/CPF	60-Nome do Profissional	61-Conselho Prof.	62-Número Conselho	63-UF	64-CPF
____	____	____	_____	_____	_____	____	_____
____	____	____	_____	_____	_____	____	_____
____	____	____	_____	_____	_____	____	_____
____	____	____	_____	_____	_____	____	_____
____	____	____	_____	_____	_____	____	_____
____	____	____	_____	_____	_____	____	_____

73 - Tipo Faturamento R\$ ☐ - Total ☐ - Parcial	74 - Total Procedimentos R\$ ____	75 - Total Diárias R\$ ____	76 - Total Taxas e Aluguéis R\$ ____	77 - Total Materiais R\$ ____	78 - Total Medicamentos R\$ ____	79 - Total Gases Medicinais R\$ ____	80 - Total Geral R\$ ____
--	--------------------------------------	--------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------	---	------------------------------

82-Data e Assinatura do Contratado ____/____/____	83-Data e Assinatura do(e) Auditor(es) da Operadora ____/____/____
--	---

[illegible][illegible]

65-Tabela	66-Código do OPM	67-Descrição OPM	68-Qtde.	69-Código de Barras	70-Valor Unitário R\$	71-Valor Total R\$
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

[illegible]